Cornell Medical Library

Ein Beitrag

zur Ovariotomie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit

Zustimmung der hohen medic. Facultät

der Universität Greifswald

am 23. April 1875

öffentlich vertheidigen wird

Friedrich Mansfeld

aus Potsdam.

Opponenten:

G. Kleingünther, med. pract.

H. Soenderop, Drd. med.

M. Denzin, cand. med.

Greifswald,

Druck von Fr. Hache.

1875.

Gerade 50 Jahre werden es jetzt, dass die Ovariotomie zum ersten Male in der alten Welt, und zwar von Lizars in Edinburg ausgeführt wurde. Schnell verbreitete sie sich von ihrem Geburtslande, — denn als solches müssen wir Gross-Britannien betrachten, da Mac Dowell, der schon 1809 in Amerika die Operation ausführte, doch die Anregungen dazu von seinem edinburger Lehrer John Bell erhalten hatte, — über das civilisirte Europa aus und Männer wie Nélaton, Koeberlé, Boinet und Péan in Frankreich, Déroubaix in Belgien, Dieffenbach, Küchenmeister, Spiegelberg und Grenser in Deutschland, von denen nicht wenige am Operationstische der ersten Autorität über Ovariotomie, Spencer Wells', gestanden haben, suchten und suchen zum Theil noch durch Wort und Schrift dieser Operation in alle medicinischen Kreise Eingang zu verschaffen.

Vermessen möchte es beinahe erscheinen, dass ich in einer Sache, über die schon so Vieles und so Ausgezeichnetes gesprochen und geschrieben worden ist, auch noch Einiges, wenn auch nur Weniges laut werden lasse; trotzdem glaube ich nicht, Wasser in's Meer zu schütten: denn bei einer Operation, die so eingreifend ist, wie die Ovariotomie und ein verhältnissmässig so junges Alter besitzt, dürfte wohl auch der kleinste Beitrag angenehm sein, da noch so Vieles im

Dunkeln liegt, sowohl in diagnostischer als therapeutischer Beziehung, und so hoffe ich denn, dass diese Blätter, wenn sie auch keinen wesentlichen Baustein dem grossen Gebäude hinzufügen können und hinzufügen sollen, doch in manchen Sachen das Interresse der Lesenden wachrufen werden.

Sei es mir darum gestattet, die Geschichte einer in der hiesigen geburtshilflichen Klinik eingeleiteten, aber unvollendet gebliebenen Ovariotomie zu berichten, und darauf nach Auseinandersetzung der Gründe für die Nichtvollendung der Operation auf einige wesentliche Punkte in Betreff der Diagnosenstellung und Ausführung der Operation näher einzugehen.

Ich erlaube mir an dieser Stelle zugleich Herrn Geheimrath Prof. Dr. Pernice für die Freundlichkeit, mit der er mir alles hierauf bezügliche Material zur Verfügung stellte, meinen besten Dank darzubringen.

Die zu Pruchten geborene, in Barth verheirathete Johanna Vollert suchte am 12. September 1874 Hilfe in der hiesigen geburtshilflichen Klinik gegen eine Unterleibsgeschwulst, die durch ihre riesigen Dimensionen ihr nicht nur die geringste häusliche Arbeit verbot, sondern auch eine solche Athemnoth herbeigeführt hatte, dass sie nur noch im Stande war, bei aufrechter Stellung des Oberkörpers die Respirationsakte zu vollziehen.

Die an demselben Tage aufgenommene Anamnese ergab, dass die Person 34 Jahre alt, seit ihrem 16ten Jahre immer regelmässig menstruirt gewesen sei und noch nie an einer erheblichen Krankheit gelitten habe.

Ihre Eltern, die dem Fischerhandwerk oblagen, sind beide todt; woran sie gestorben, kann sie nicht angeben; nur das weiss sie bestimmt, dass ihre Mutter niemals an einer ähnlichen Krankheit, wie sie gelitten habe. Geschwister hat sie nicht. Seit ihrer Verheirathung hat sie zweimal geboren; beide Geburten sind regelmässig und leicht verlaufen und sind Nachkrankheiten in keiner Weise aufgetreten. Ueber die Entstehung der Geschwulst weiss sie Nichts auszusagen. Zum ersten Male bemerkte sie dieselbe vor einem etwas längeren Zeitraume als zwei Jahren in der rechten Seite, ohne aber, da sie keinerlei Schmerzen spürte, an eine ernstere Erkrankung zu denken. Kurze Zeit nach dieser Entdeckung, vor zwei Jahren fiel sie von einer Leiter; heftige Schmerzen in der rechten Seite, so dass sie das Bett hüten musste, waren die sofort auftretenden Erscheinungen. Der herbeigerufene Arzt leitete eine Therapie ein mit Salben, die nicht genauer ermittelt werden konnten und mit warmen Umschlägen und nach vier bis fünf Wochen waren die Schmerzen der wahrscheinlich eingetretenen circumscripten Peritonitis geschwunden und Patientin konnte ihren gewohnten häuslichen Beschäftigungen wieder nachgehen. Doch giebt sie an, dass von dieser Zeit an, das Wachsthum der Geschwulst schneller stattgefunden habe. In der letzten Zeit wären dann noch Erscheinungen hinzugetreten, die ihre Angst wachgerufen hätten. Dazu gehörte in erster Linie ihre Athemnoth, die sie oft gezwungen, Nachts ihre ruhige Rückenlage aufzugeben und durch Aufrechtsitzen oder

Herumgehen in der Stube dagegen anzukämpfen. In zweiter Linie stünde sodann ein sehr häufig eintretender Drang zum Urinlassen, wobei aber stets nur sehr geringe Mengen entleert würden; auch ihre Stuhlentleerung sei eine unregelmässige geworden und habe sie viel von Verstopfung zu leiden gehabt. Patientin giebt ferner an, dass sie eine mit der Menstruation eintretende periodische Verschlimmerung ihres Zustandes nie bemerkt und auch nie ein Gefühl von Völle oder Schmerz in den Brüsten empfunden habe.

Bei der sofort darauf vorgenommenen Untersuchung erscheint die Vollert als eine kräftig gebaute Person, nicht anämisch aussehend, mit schwarzbraunem Haar und blauer Iris. Das Gesicht ist etwas abgemagert, hat den Ausdruck der Angst und des Leidens und bietet durch die gefurchte Stirn, durch die herabgezogenen Mundwinkel und namentlich durch die tiefliegenden Augen einen Typus zu der von Spencer Wells sogenannten „facies ovariana“. Hochgradige Dyspnoe und starker Bronchialkatarrh sind vorhanden, welch letzterer durch die über beide Lungen verbreiteten Rasselgeräusche verschiedensten Charakters seinen auskultatorischen Ausdruck findet. Die Brüste sind spärlich entwickelt. Der Unterleib ist enorm aufgetrieben und zeigt alte und neue striae in reichlicher Menge. Die Vergrösserung des abdomen ist auf beiden Seiten gleich, symmetrisch. Der Leibesumfang in der Höhe des Nabels beträgt 117 Cm.; in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse 111 Cm.; zwei Finger breit oberhalb des Nabels 116 Cm. Die

Perkussion ergab vorn eine Dämpfung, die bis über den Nabel und zwar bis zu einer Höhe von 53 Cm. von der Symphyse entfernt stieg, sich nach beiden Seiten gleichmässig über den ganzen Unterleib ausbreitete und dicht bis zur Schamfuge herunterging. In der beiderseitigen Leistengegend wurde der Schall heller. Lageveränderungen, herbeigeführt durch Kissen, welche in's Kreuz gelegt wurden, oder dadurch, dass die Kranke sich auf die Seite legte, veränderten die vorhergewonnenen Resultate nicht. Auch war kein Unterschied wahrzunehmen zwischen tiefer und oberflächlicher Perkussion. Nur die Inspiration veränderte insofern das Resultat, als bei tiefster Exspiration die obere Dämpfungsgrenze circa 2 Cm. höher stand, als nach tiefster Inspiration.

Bei der Pulpation fühlte sich die Bauchwand überall ziemlich resistent an, doch konnte an allen Stellen der Dämpfung deutliche Fluktuation gefühlt werden, deren Wellen auch ohne Störung das ganze Dämpfungsgebiet durchliefen. Nur in der rechten Seite fand sich eine ungefähr kindskopfgrosse Partie einer anscheinend festeren Masse.

Die Auskultation gab keinen Aufschluss: Uteringeräusche konnten an keiner Stelle nachgewiesen werden.

Bei der inneren Untersuchung fanden sich in der Scheide keine Abnormitäten; der Uterus dagegen war stark herabgesunken und retrovertirt. Durch das hintere Scheidengewölbe konnte der Körper der Gebärmutter leicht gefühlt und ohne jegliche Mühe nach allen Rich-

tungen hin und her verschoben werden. Jedoch konnte durch Druck auf den Tumor sowie durch Verschiebung desselben, soweit sie möglich war, keine Veränderung in der Lage des Uterus hervorgebracht werden.

Auf diese, durch Anamnese und genaue äussere und innere Untersuchung gewonnenen Resultate hin wurde die Diagnose einer Ovariencyste gegründet und weiter wurde durch die Resultate der Pulpation mit grosser Wahrscheinlichkeit in Aussicht genommen, dass die Cyste einkammerig sei und durch die Beweglichkeit des Tumors, dass Adhäsionen nur in geringer Menge vorhanden wären.

Auf die Differentialdiagnose, durch welche Ascites, Carcinom, uterine und sonstige Geschwülste ausgeschlossen wurden, kann hier nicht näher eingegangen werden.

Auf Grund dieser Erwägungen wurde die Ovariotomie für die einzig indicirte Operation erachtet und beschlossen, dieselbe auszuführen, sobald die Patientin durch geeignete Pflege in der Klinik ordentlich zu Kräften gekommen sein würde.

Nach 14 Tagen wurde dieser angestrebte Zeitpunkt für gekommen erachtet, und am 26. September Vormittags die Operation eingeleitet.

Nachdem die V. durch Chloroform tief narkotisirt worden war, machte Herr Prof. Pernice genau in der linea alba, einen Zoll unterhalb des Nabels beginnend, einen 5 Zoll langen Einschnitt und trennte sorgfältig vorgehend, die verschiedenen Schichten der Bauchwand. Bei der Durchschneidung der letzten Fa-

sern des Bauchfells jedoch platzte unter dem präparatorisch vorgehenden Messer jedoch die, wie die spätere Untersuchung ergab, hier sehr dünne, und fest mit dem Bauchfell verwachsene vordere Wandung der Cyste und aus dieser entleerte sich ein grosser Theil ihres Inhalts, einer dickflüssigen, dunkeln, chokoladebraunen Flüssigkeit.

Die Blutung bei diesem Vorgange war eine sehr geringe: und nach Stillung derselben und nach sorgfältiger Entleerung sämmtlicher ebengeschildeter, in der Cyste enthaltener Flüssigkeit, deren ganze Menge auf ungefähr 20 Liter geschätzt wurde, versuchte man die Adhäsionen der Cyste zu lösen. Trotz ihrer Festigkeit gelang dieses Unternehmen eine kleine Strecke nach links sowohl als nach rechts; dann aber wurden dieselben so innig, dass Nichts übrig blieb, als schliesslich davon abzustehen. So musste denn, nach guter Desinfektion der Höhle und der Wände zu einer Wiedervereinigung der letzteren geschritten werden, und wurden Cystenwände und Bauchwand auf eine Strecke von ca. 4 Zoll miteinander vernäht, während der untere Theil der Wunde offengelassen wurde, um den Sekreten Abfluss zu verschaffen und bei etwa eintretender Eiterung einen Canal zur Desinfection zu besitzen.

Trotz sorgfältigster Pflege traf dieser gefürchtetste Gast bald ein, und nach 3 Tagen, in den frühesten Stunden des 29. September ging die Patientin an Septikaemie zu Grunde.

Aus dem, bei der 11 Stunden nach dem Tode stattgehabten Autopsie, aufgenommenen Sektionsbe-

funde, wollen wir nur das herausnehmen, was den Tumor selbst und die durch ihn hervorgebrachten Veränderungen betrifft, nicht aber weitläufig diejenigen Organdestruktionen, die nur auf Rechnung der Septikaemie zu setzen sind.

Die Lungen, die das Herz in nur sehr geringer Ausdehnung frei lassen, retrahiren sich nicht.

Stand des Zwergfells rechts am unteren Rande der vierten, links am unteren Rande der fünften Rippe.

Die linke Lunge ist durch viele alte, schlecht lösbare Adhäsionen mit der Thoraxwand verwachsen. In den unteren Lappen beider Lungen finden sich die grösseren sowie die mittelstarken Bronchien reichlich mit Schleim gefüllt. Die eröffnete Bauchhöhle zeigt die Gedärme, sowie die Leber nach oben gedrängt, ebenso ist der Stand des Zwerchfells ein höherer, als normal.

Der untere Theil der Abdomen ist angefüllt mit einem starken Sacke, der aus dem Eingange des kleinen Beckens hervorgeht und mit der vorderen Bauchwand durch sehr schwer lösbare Adhäsionen verwachsen ist, und auch mit dem Netz in der Ausdehnung von der Breite dreier Finger zusammenhängt. Aus diesem Sacke, der bis auf Handbreite oberhalb des Nabels sich präsentirt, fliesst eine Menge schwarzen, foetid stinkenden Inhalts mit mancherlei Flocken und Bröckeln vermischt aus. Nach unten zu unterscheidet man nach Herausnahme des Sackes in continuo mit den Beckeneingeweiden und nach Lösung der mannigfachen Verwachsungen, dass die, fast überall dickwandige Cyste

mit einem Stiele, der die Länge von zwei Fingerbreiten besitzt, rechts am Uterus befestigt ist. Links ist das Ovarium deutlich sichtbar, aber klein. Ebenso verhält es sich mit Tube und Ligamentum latum und rotundum. Diese letzteren sind auch alle drei rechts sichtbar, während vom Eierstock sich Nichts aufweisen lässt.

Die Cyste ist fast überall sehr dickwandig, einkammerig und in verschiedenen Theilen mit festeren, teigig sich anfühlenden, schwärzlich und gallertig weiss aussehenden Partien erfüllt.

Wenn auch im Vorhergehenden schon eine allgemeine Beschreibung des Tumors geliefert worden ist, so halte ich es doch für zweckentsprechend, denselben noch näher zu betrachten und zwar in der Art, dass ich nach Darlegung der äusseren Verhältnisse, auf den Bau seines Gewebes eingehe, um ihm, nach genauer makroskopischer und mikroskopischer Untersuchung seinen Platz in der Reihe der Geschwülste anweisen zu können.

Wie schon vorher bemerkt, war die Blutung während der Operation eine sehr geringe, was schon auf spärliche Gefässversorgung schliessen liess. Dies bestätigte sich auch, und nur auf dem unteren Theile der Hinterfläche des Tumor waren stärkere Gefässverzweigungen erkennbar.

Von den Adhäsionen befanden sich die stärksten auf der Vorderfläche des Tumors und sieht man daselbst theils Fetzen, vom Bauchfell haften, theils wieder Stückchen von der Oberfläche der Geschwulst abgerissen.

Namentlich am unteren Rande der Vorderfläche nehmen sie oft Dimensionen an, die sie strangförmig verdickt erscheinen lassen. Die hintere Fläche ist glatt, nur an wenigen Stellen die Ueberreste von Adhäsionen zeigend, die mit den Därmen zusammengehangen zu haben schienen. Am oberen Rande befindet sich ein starker Ueberrest der Verwachsung mit dem Netz.

Was nun die in der Nähe der Cyste gelegnen Organe betrifft, so will ich kurz deren Veränderungen berühren.

Die Länge des Cervix und Uterus zusammen beträgt 9 Cm., wovon 4 auf den Cervix, 5 auf den Uterus kommen; die Vagina ist 6 Cm. lang. Die linke Tube zeigt sich vielfach geknickt; ihre Länge ist, wenn wir ihren Windungen folgen, 9 Cm.; dagegen beträgt der Abstand ihrer Abdominalöffnung vom Uterus nur 4 Cm. Das linke mit der Tube verwachsene Ovarium ist dicht neben der Gebärmutter gelegen. Dagegen beträgt die Länge der in den Stiel mit aufgenommenen rechten Tube 19 Cm.

Dieser Stiel ist flachgestaltet; geht vom Uterus und zwar 1,5 Cm. von der Einmündung der Tube nach oben und innen aus, begreift dann diese in sich und geht ununterbrochen in das rechte lig. latum über und bildet an seinen beiden freien Rändern stärkere Stränge, von denen der linke, kürzere, — die Entfernung zwischen Uterus und Cyste — 3 Cm. beträgt.

Diese Letztere selbst zeigt fast überall eine derbe und dicke Wandung, mit Ausnahme einer Stelle, die sich gerade vorn befindet und etwas nach links hin-

überzieht; hierselbst ist sie dünn und weich. In der rechten Seite befindet sich eine gut einen Zoll starke Verdickung der Wandung, die sich auf ein Gebiet von Mannskopfgrösse ausdehnt. In der Mitte der hinteren Wand, und links erstreckend, erscheint eine halbkugelförmige Erhabenheit, deren Durchschnitt an seiner höchsten Stelle 5,5 Cm., deren Breite von rechts nach links 18 Cm.. deren Länge von oben nach unten 17 Cm. beträgt, auf deren Grunde ferner noch das lig. ovarii und die tuba deutlich erkennbar sind, und welche ebenfalls nur eine Verdickung der Wandung darstellt. Vielfältig und namentlich häufig auf der rechten Seite ragen maschige oft spinnengewebsähnliche Wucherungen von den Wänden in die Höhle hinein und in ihren Buchtungen haftet eine gallertige, gelbliche Masse.

Die ganze Innenfläche der Cyste zeigt eine schmutzig braune, röthliche Färbung.

Gehen wir nun zu dem Gewebe der Wandung über, so giebt uns ein Durchschnitt, und am schönsten der durch die vorerwähnte halbkugelige Erhabenheit, folgendes makroskopische Bild.

Die Struktur zeigt eine alveolare Anordnung. Die Scheidewände der Alveolen bestehen aus weissem, glänzenden und festem, jedoch zartem, fibrösen Gewebe; kleinere Hohlräume sind oft nur durch äusserst dünne Membranen abgegrenzt. Durch diese feinen, fast durchsichtigen Septen, die das Bild eines feinen Schwammes liefern, werden Maschen abgegrenzt, die, von verschiedener Grösse, meistens eine ovale Gestalt besitzen und eine klebrige, gallertige Substanz ent-

halten, deren Farbe der des Honigs nahe kommt. Durch einen leichten Druck wird dieselbe in reichlicher Menge aus den durchschnittenen Höhlungen entfernt.

Wenn wir schon durch diesen makroskopischen Befund zu der Annahme hingeleitet werden, dass wir es hier mit einer colloiden Entartung der Cyste zu thun haben, so bringt uns das mikroskopische Bild die Gewissheit darüber.

Aus streifigem Bindegewebe, in das kleine Cysten in reichlicher Anzahl hineingebettet sind, besteht die Grundlage der Struktur. Die feinsten Stromabälkchen, die die kleinsten Hohlräume umgeben, treten dann wieder, wenn sie die Scheidewände grösserer Cysten bilden sollen, zu stärkeren Bindegewebssepten zusammen. Junge, runde, meist mit deutlichem Kern versehene Zellen lagern meist an den Wandungen dieser kleinen Alveolen, oder sind auch öfters in grösseren Haufen im Bindegewebe selbst anzutreffen. Ein Epithel dagegen ist nirgends wahrzunehmen. Die mikroskopischen Präparate zeigen insgesammt in charakteristischster Weise das Bild, welches Rindfleisch von der Colloidentartung im Stroma eines Ovarialcystoides entwirft. *)

So ist es uns jetzt durch makroscopische, wie durch mikroscopische Untersuchung sicher geworden, welchen Platz wir unserem Ovarialtumor anzuweisen haben. Mit Spencer Wells würden wir ihn einen

*) Rindfleisch. Lehrbuch der patholog. Gewebelehre. S. 482. Fig. 172.

cystischen Tumor mit Entartung in Colloid-Krebs nennen, nach Foerster gehört er unter die Colloid- oder Gallert-Cysten und wenn wir Rindfleisch folgen, so haben wir ihn unter die 2te Form seiner Eierstockscystoide einzureihen.

Kehren wir nach dieser allerdings nothwendigen Abweichung wieder zu unserer Operation zurück.

Die Diagnose war noch dahin praecisirt worden, dass es sich wahrscheinlich um eine einfächerige Cyste handle und dass Adhäsionen, wenn überhaupt welche da wären, nur in geringer Menge vorhanden sein könnten. Der erste Theil dieser Annahme wurde durch die Obduktion als richtig erwiesen, und kann man auch immer auf eine einfächerige Cyste schliessen, wenn sich in den Wandungen weder durch äussere noch durch innere Untersuchung harte Knoten nachweisen lassen, die ganze Oberfläche der Cyste gleichmässig glatt und elastisch ist und die Fluktuationswellen nach allen Richtungen hin gleichmässig wahrnehmbar sind.

Der zweite Theil der Annahme in Betreff der Adhäsionen fand sich nicht bestätigt. Da die Patientin eine ziemlich dicke Bauchwand hatte und die Oberfläche der Cyste frei war von unregelmässigen Erhebungen und Vertiefungen, so war es unmöglich, die Bewegungen der Cyste bei In- und Exspiration zu sehen, und konnten diese Bewegungen nur durch die Perkussion verfolgt werden. Diese ergab nun, dass der gedämpfte Schall an der oberen Grenze 2 Cm. bei der Inspiration herab- und bei der Exspiration hinauf-

stieg, dass also eine, wenn auch nicht grosse Beweglichkeit der Cyste vorhanden war. Eine solche Beweglichkeit kann gestattet werden durch Adhäsionsstränge von einer gewissen Länge, und sollen die letzteren dadurch erkannt werden, dass die flach auf den Leib gelegte Hand eine Crepitation fühlt, wie sie ähnlich durch das Reiben frischer Lymphe hervorgebracht wird. Ein Irrthum aber, in Betreff der Adhäsionen, ist wie man sieht, nur allzuleicht möglich.

Wir sahen ferner, dass die Operation unvollendet gelassen wurde.

Es ist entschieden die peinlichste Lage, in die ein Operateur überhaupt versetzt werden kann, wenn er sich plötzlich unerwarteten Hindernissen gegenüber sieht und noch dazu bei einer Operation, die wie die Ovariotomie direkt entweder Tod oder Leben bringt. Hier in unserm Falle waren die Adhäsionen mit der Bauchwand zum geringen Theil gelös't, als sie plötzlich eine solche Festigkeit annahmen, dass jedes weitere auch noch so energische manuelle Vorgehen daran scheiterte. Instrumentell aber, mit Messer und Scheere hier an der vorderen Bauchwand die innigen Verwachsungen zwischen Cyste und Bauchfell zu trennen, wäre wohl noch gefährlicher gewesen, als die Folgen des Eingriffes abzuwarten und dabei für eine achtsame Nachbehandlung Sorge zu tragen.

In Betreff dieser Nachbehandlung könnte vielleicht eingeworfen werden, dass keine sorgfältige Desinfizirung der Wunde durch Drainage eingeleitet worden sei. Dem ist aber entgegenzuhalten, dass die Drai-

nage nur dann Nutzen gewähren kann, wenn das Drainrohr die ganze Tiefe der Wunde in der Weise durchsetzt, dass die desinfizirenden Stoffe auf der einen Seite hineingeführt, auf der andern Seite aber durch diesen Strom die Sekrete und Noxen hinweggeschwemmt werden können. Bei einer Wunde also, wie sie hier vorlag, wäre die vorschriftsmässige Drainage die von Sims vorgeschlagene gewesen, wobei das Rohr durch die Bauchwunde hätte hinein-, und durch den tiefsten Punkt des Douglas'schen Raumes wieder hätte hinausgeleitet werden müssen. Dies ging aber nicht an; denn um den letzten Theil der Forderung zu erfüllen, wäre eine Oeffnung der hinteren Cystenwand unvermeidlich gewesen; und wenn auch dieses geschehen, hätte doch der Operateur auf gut Glück, ohne eine Uebersicht gewinnen zu können, eine Passage durch die Därme zum Douglas'schen Raum sich suchen müssen und durfte doch ein solcher Weg im Finstern zu viele Gefahren bieten.

Ein Anderes wäre es gewesen, wenn der septikaemische Heerd, der, wie die Sektion zeigte, vorn links zwischen Cystenwand und Bauchwand sich gebildet hatte, bei längerem Bestehen eine grössere Ausdehnung erlangt hätte. Alsdann würden sich seine Sekrete, dem Gesetze der Schwere folgend im Douglas'schen Raume angesammelt, und wenn etwas von dünnen Därmen darin, dieselben verdrängt haben. Dann wäre die Drainage indicirt gewesen. und wenn auch die eben geschilderte noch zu gefahrvoll geschienen, hätte man mit sehr stark gekrümmten Troikart nach Spencer

Wells eine Drainageröhre einführen und herausleiten und so eine sorgfältige Desinfizirung unterhalten können.

Eine andere Frage ist die, ob es nicht besser gewesen wäre, in diesem Falle an die Stelle der Ovariotomie die Punktion zu setzen. Zur Beantwortung dieser Frage müssen wir erst näher auf das Verhältniss zwischen diesen beiden Operationen eingehen.

Was die Gefahr der Punktion betrifft, so ist die Zeit vorüber, wo sie als gänzlich zu unterlassen ausgeschrien wurde, als ein Verbrechen, verübt an den Kranken, bei denen durch jede vorhergehende Punktion die Chancen für eine nachfolgende Ovariotomie unendlich verschlechtert würden.*)

Von den drei Ausführungsmethoden der Punktion: durch Bauchwand, Scheide und Rektum haben wir in Folgendem immer nur die Erste im Auge; da die beiden Letzteren wegen der viel leichter nachfolgenden Entzünduug der Cyste, — bei der durch die Scheide wegen des schwer abzuhaltenden Eintrittes von Luft, bei der durch Rektum durch das Eindringen von Darmgasen. — nur noch in Ausnahmefällen ausgeübt werden. Auch die von Boinet vorgeschlagenen Jodinjektionen können hier weiter nicht berücksichtigt werden, da auch dieser Weg, weil er nicht mehr Chancen bietet, als die einfache Punktion, schon zu den verlassenen gezählt werden muss.

Während nun die Ovariotomie direkt tödtet oder rettet, steht die Punktion auf einem gänzlich verschiedenen Standpunkte. Stirbt eine Kranke nach der

*) Stilling. Die Extraperitoneal-Methode der Ovariotomie S. 181.

Punktion, so hat in der Regel nicht dieser Eingriff den Tod beschleunigt, sondern hat einfach das Leben nicht erhalten können. Im Ganzen genommen aber ist die Sterblichkeit nach einer regelrecht ausgeführten Punktion sehr gering und Spencer Wells bezweifelt, dass nach erster Ausführung derselben die Mortalität mehr als 1 : 60 beträgt.

Da aber nur in höchst seltenen Fällen die Punktion zu einer definitiven Heilung führt, so fällt für die Ausführung derselben der Umstand noch ins Gewicht, ob die nachfolgenden Ovariotomien dadurch in malam partem zu neigen schienen. Auf Grund einer Statistik von 500 Ovariotomieen, wo in 265 Fällen mindestens 1malige und sogar meistens mehrmalige Punktion vorhergegangen war, verneint Spencer Wells diese Frage und gelangt sogar zu dem Satze, dass oft die Punktion mit Nutzen der Ovariotomie, vorausgehen könne, theils um zur Hebung des Allgemeinbefindens der Kranken Zeit zu gewinnen, theils um durch Herausschaffung der Flüssigkeit den Shok des nachfolgenden grossen Eingriffes einigermassen zu mildern.

Wenn wir untersuchen, welche Arten von Cysten am geeignetsten zur Punktion sein möchten, so scheinen es auf den ersten Blick diejenigen zu sein, deren vordere Wände einige Verwachsungen mit der Bauchwand eingegangen zu sein scheinen, da bei ihrer Punktion auch nicht ein Tropfen Cystenflüssigkeit in die Bauchhöhle gelangen und dort zu unangenehmen Complikationen Veranlassung geben kann. Aber man darf hierbei nicht übersehen, dass eine Diagnose von un-

teren und hinteren Verwachsungen des Tumors ungemein schwierig, oft gar nicht stellbar ist; dass dann, wenn solche vorhanden sind, es gar nicht, auch nach Entleerung sämmtlicher Flüssigkeit, zu einer ordentlichen Aufeinanderlagerung der Cystenwände kommen kann und die Chancen für eine Radikalheilung schwinden müssen, die aber für Entzündung der Cyste durch die hineindringende Luft bedeutend steigen werden.

Ein solcher Fall lag bei unserem Tumor vor: Die feste Verwachsung zwischen Tumor und Bauchwand einerseits, der kurze, am Uterus befindliche Stiel andrerseits und drittens noch die strarren, dicken Wände hätten bei einer Punktion alle auf dieselbe gesetzten Hoffnungen sicherlich zu illusorischen gemacht.

Die besten Chancen bieten immer die Cysten, bei denen die Diagnose zeigte, dass ihre Vorderfläche in gar keinem oder nur in geringem Zusammenhange mit der Bauchwand stehe. Denn mittelst des Spencer Wells'schen Verfahrens und des von ihm verbesserten Hebertroikarts ist es leicht, auch bei diesen Cysten so zu operiren, dass Nichts von ihrer Flüssigkeit in die Bauchhöhle einzudringen vermag. Ob die hintere Wand Verwachsungen zeigt oder nicht, ist gleichgültig; die Wände legen sich nach der Punktion aneinander, und durch adhäsive Entzündung kommt öfter eine Verklebung und auf diese Weise radikale Heilung zu Stande. Was so die Ueberlegung schon lehrt, wird auch statistisch bestätigt, da nach Spencer Wells die durch Punktion geheilten Cysten fast alle in diese Klasse gehören.

Es dürfte wohl hier der Ort sein, darauf hinzuweisen, dass zuweilen nach einmaliger, und in der Regel nach mehrmaligen Punktionen, die doch immer nur auf einem ziemlich beschränkten Gebiet vorgenommen werden können, eine circumscripte adhäsive Peritonitis zu Stande kommt, durch deren Auftreten natürlich jeder Verschiebung der beiden Häute unter einander ein Ende gemacht wird. Durch das stetig und oft in grosser Menge ausfliessende Sekret wird jede Vereinigung der Wundränder vereitelt und so schliesslich eine Cystenfistel geschaffen, die nur auf mechanischem oder operativem Wege geschlossen werden kann.

Haben wir vorher gesehen, dass Spencer Wells die Punktion vor der Ovariotomie empfiehlt in allen den Fällen, wo das Allgemeinbefinden der Patientin gehoben werden und der Shok der späteren Operation gemildert werden soll, so kann noch die Frage aufgeworfen werden, ob nicht die vorhergehende Punktion als wichtiges diagnostisches Hülfsmittel verwendet werden kann.

Wir gewinnen durch die Punktion nicht nur darüber Aufschluss, ob wir es mit einem Ovarialtumor oder mit anderen Geschwülsten z. B. einer Fibromcyste des Uterus zu thun haben, sondern auch über die Beschaffenheit seines Inhalts und vor Allem über den Grad der Stärke und Starrheit seiner Wandungen und über die Menge und Festigkeit seiner Adhäsionen. Collabirt z. B. eine Cyste nach der Punktion nicht, so kann dies darin seinen Grund haben, dass ihre dicken und starren Wände an und für sich ein Zusammen-

fallen verhindern, oder dass die Cystenwandungen bei Anwesenheit starrer Bauchdecken durch Verwachsungen mit der Innenfläche der Bauchwand einerseits, andrerseits mit unten und hinten liegenden Organen, wie Uterus und Rektum auseinandergehalten werden, oder dass drittens beide Zustände zu gleicher Zeit vorhanden sind. Welcher von diesen dreien die Schuld des Nichtcollabirens trägt, wird im concreten Falle leicht ermittelt werden können. Immer aber gewinnen wir Resultate, die bei der Ausführung einer späteren Operation mit grösstem Nutzen verwendet werden können. Nehmen wir hier noch hinzu, was schon oben angeführt, dass nämlich erfahrungsgemäss vorher gegangene Punktionen nicht im Geringsten die Chancen einer nachfolgenden Ovariotomie beeinträchtigen, so gelangen wir zu dem Schluss, dass es empfehlenswerth ist, in allen Fällen, wo die Diagnose auch nur einigermassen zweifelhaft erscheint, die Punktion zur Sicherstellung derselben heranzuziehen.

Nehmen wir nun zum Schluss noch den Fall an, dass es bei unserer Operation gelungen wäre, den Cystensack glücklich zu lösen, so wäre uns doch noch eine unangenehme Ueberraschung entgegengetreten in Gestalt des vorher beschriebenen breiten aber sehr kurzen Stiels, der, da er auf keinen Fall bis in die Wunde hätte hineingezogen werden können, um dort durch ein Vulsellum befestigt zu werden, abgeschnitten und unterbunden, seinem Schicksal in der Bauchhöhle hätte überlassen werden müssen. Alsdann wäre die besprochene Drainage in der Methode von Sims an

ihrem rechten Platze gewesen, um wenigstens soviel wie möglich gegen Gangrän und Septikaemie anzukämpfen.

Nachdem wir so an einem Falle die Schwierigkeiten verschiedenster Art, die im Verlaufe dieser Operation auftreten können, berücksichtigt haben, sprechen wir die Hoffnung aus, dass es der Wissenschaft bald gelinge, eine nach der andern von ihnen zu bewältigen und dass Billroth's Ausspruch „der gewöhnliche Verlauf einer regelrecht ausgeführten Ovariotomie sei Genesung", bald überall zur unumstösslichen Wahrheit werde.

Lebenslauf.

Am 24. März 1850 wurde ich, Friedrich Mansfeld, evangelischer Confession, Sohn des zu Potsdam verstorbenen Friedrich Mansfeld und der Caroline Mansfeld, geb. Felgentreu, zu Potsdam geboren. Meine Schulbildung genoss ich auf dem dortigen Gymnasium, von dem ich Ostern 1869 mit dem Zeugniss der Reife entlassen wurde. Ich ging nach Berlin, um mich dem Studium der Medizin zu widmen und wurde daselbst durch den zeitigen Rektor Magnifikus Herrn Prof. Dr. Kummer immatrikulirt und durch den zeitigen Dekan Herrn Prof. Dr. Martin in das Album der medicinischen Fakultät eingetragen. Im Wintersemester 1869 wurde ich in die Königl. med. chir. Akademie für das Militair aufgenommen, verliess dieselbe jedoch schon Ostern 1870, um in Greifswald mein Studium fortzusetzen. Hier wurde ich immatrikulirt durch den derzeitigen Rector Magnificus Herrn Geh. Rath Prof. Dr. Pernice und

durch den zeitigen Dekan Herrn Prof. Dr. Mosler in das Album der medicinischen Fakultät eingetragen, Bei Ausbruch des Krieges trat ich beim hiesigen Jäger-Bataillon No. 2 ein, wurde am 2. Oktober nach Frankreich nachgeschickt und kehrte mit dem Bataillon wieder zurück, worauf ich am 20. Juli 1871 entlassen wurde. Mein Tentamen physicum vollendete ich am 15. Februar 1875 und bestand das examen rigorosum am 2. März 1875.

Als Lehrer verehre ich die Herren Professoren und Docenten: in Berlin: Hartmann, Dove, Braun, Reichert, Hoffmann, Werder; in Greifswald: Budge, Landois, Limpricht, Münter, Mosler, Hüter, Grohe, Pernice, Schirmer, Vogt, Krabler, Hänisch, Baumstark. Ich benutze diese Gelegenheit, meinen hochverehrten Lehrern hiermit meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Thesen.

I.

Die Anwendung der Electricität bei Gehirnapoplexieen ist von keinem Nutzen.

II.

Bei inversio uteri ist die instrumentelle Dilatation des Cervix indicirt, wenn der Krampf desselben weder durch Narkotika noch manuell zu beseitigen ist.

III.

Der Nutzen der Essmarch'schen Methode überwiegt bei Weitem die etwaigen aus ihr resultirenden Schädlichkeiten.